



nr postępowania: **NHR.2023.120.31**

06.07.2023 r.

**DYREKTOR**

**Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza  
w Bydgoszczy, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9**

*działając na podstawie przepisu art. 26 i 27 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, oraz Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych*

**Informuję o modyfikacji ogłoszenia oraz Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert w postępowaniu konkursowym nr NHR.2023.120.31**

*W Ogłoszeniu Konkursu Ofert dotyczącego postępowania konkursowego nr NHR.2023.120.31, wprowadza się następujące zmiany:*

„Oferty należy składać w biurze podawczym szpitala na formularzach ofertowych udostępnionych przez Udzielającego zamówienia do dnia **10.07.2023 r.** do godz. **12:30** w zaklejonych kopertach, podpisanych imieniem, nazwiskiem, adresem oraz numerem telefonu oferenta oznaczonych napisem:

**Konkurs ofert nr NHR.2023.120.31 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ..... ogłoszenia nie otwierać przed 10.07.2023 r. godz. 12:30.**

Otwarcie ofert nastąpi w dniu **10.07.2023 r.** o godz. **13:00** w siedzibie Udzielającego zamówienia, rozstrzygnięcie nastąpi do dnia **12.07.2023 r.** do godz. **15:00**”

*W Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert dotyczących postępowania nr NHR.2023.120.31, wprowadza się następujące zmiany:*

**„TERMIN, MIEJSCE ORAZ SPOSÓB SKŁADANIA OFERT**

1. Oferty należy składać w zamkniętej (zaklejonej) kopercie

**w dniach od 27.06.2023 r. do 10.07.2023 r. do godz. 12:30**

**(wyłącznie w dni powszednie) w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9.**

2. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy umieścić w kopercie opatrzonej napisem: **„Konkurs ofert nr NHR.2023.120.31 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ..... ogłoszenia nie otwierać przed 10.07.2023 r. godz. 13:00”**
3. Na wniosek Oferent otrzyma pisemne potwierdzenie złożenia oferty wraz z numerem jakim została oznakowana oferta.
4. W przypadku nadania oferty za pośrednictwem poczty należy ofertę umieścić w zaklejonej i opisanej kopercie w sposób określony powyżej, następnie zaklejoną kopertę włożyć do kolejnej koperty i zaadresować, z dopiskiem **„Konkurs ofert nr NHR.2023.120.31 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ..... ogłoszenia”** pod niżej wskazany adres:

**Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr A. Jurasza  
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9  
85-094 Bydgoszcz**

5. W przypadku osobistego złożenia oferty przez Oferenta należy umieścić na kopercie adres zwrotny oraz numer telefonu kontaktowego. Powyższe dotyczy również wewnętrznej koperty oferty złożonej drogą pocztową bez zwrotnego potwierdzenia nadania.
6. Oferta przesłana pocztą złożona będzie w terminie wyłącznie wówczas, gdy wpłynie do Szpitala przed upływem terminu określonego do składania ofert – decyduje data i godzina wpływu odnotowana w rejestrze Kancelarii Szpitala.

#### **UDZIELANIE WYJAŚNIEŃ dot. KONKURSU**

1. Każdy Oferent może zwrócić się do Udzielającego zamówienia o wyjaśnienie treści SWK.
2. Do kontaktów z Oferentami upoważnione są: Marlena Nawrot, Aleksandra Borucka oraz Weronika Nowak (tel. 52 585 49 55, 52 585 41 63, 52 585 40 91 w godzinach od 09:00 do 14:00).

#### **MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT**

1. Otwarcia ofert dokona Komisja konkursowa **w dniu 10.07.2023 r. o godz. 13:00** w siedzibie udzielającego zamówienia – w obecności przybyłych Oferentów. Obecność Oferentów nie jest obowiązkowa.
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi **do dnia 12.07.2023 r. do godz. 15:00.**”

*Zmieniono formularz ofertowy w załączniku nr 1 na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w Klinice Medycyny Ratunkowej w sposób przedstawiony poniżej.*

DYREKTOR  
Szpitala Uniwersyteckiego nr 1  
im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

*dr n. o zdr. inż. Jacek Kryś*

**OFERTA**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w Klinice Medycyny Ratunkowej –**  
**Zakres 1**

**I. DANE O OFERENCIE:**

<b>FIRMA</b>		
<b>Imię i nazwisko</b>		
<b>ADRES DZIAŁALNOŚCI</b>	Kod pocztowy	
	Poczta	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
<b>REGON</b>		
<b>NIP</b>		
<b>Telefon</b>		

**II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.
3. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.
4. Nie toczą się wobec niego żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.
5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.
6. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**III. WARUNKI:**

1. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuję następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w celu zapewnienia obsady trzech linii dyżurowych lekarzy systemu w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w celu zapewnienia obsady dwóch linii dyżurowych lekarzy systemu w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego tzw. „linii dyżurowej internistycznej” w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy w przypadku, gdy w tym samym czasie w Klinice Medycyny Ratunkowej pełni dyżur lekarz specjalista z dziedziny medycyny ratunkowej lub lekarz w trakcie specjalizacji z dziedziny medycyny ratunkowej,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego tzw. „linii dyżurowej internistycznej” w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy w przypadku, gdy w tym samym czasie w Klinice Medycyny Ratunkowej nie pełni dyżuru lekarz specjalista z dziedziny medycyny ratunkowej lub lekarz w trakcie specjalizacji z dziedziny medycyny ratunkowej,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego tzw. „linii dyżurowej ortopedycznej” w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy w przypadku, gdy w tym samym czasie w Klinice Medycyny Ratunkowej pełni dyżur lekarz specjalista z dziedziny medycyny ratunkowej lub lekarz w trakcie specjalizacji z dziedziny medycyny ratunkowej,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego tzw. „linii dyżurowej ortopedycznej” w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy w przypadku, gdy w tym samym czasie w Klinice Medycyny Ratunkowej nie pełni dyżuru lekarz specjalista z dziedziny medycyny ratunkowej lub lekarz w trakcie specjalizacji z dziedziny medycyny ratunkowej.

2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 15.07.2023 r. do dnia 31.07.2024 r.**

#### **IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY – KONTRAKT INDYWIDUALNY:**

1. kserokopia dyplomu;
2. kserokopia dyplomu specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy);
5. polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
6. orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
7. kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
8. certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta (jeżeli dotyczy);
9. dokumenty potwierdzające staż pracy.

**LUB**

#### **V. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY – KONTRAKT Z PODWYKONAWCĄ:**

1. wskazanie liczby osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych;
2. kserokopie dyplomów wszystkich lekarzy zgłoszonych do udzielania świadczeń;
3. kserokopie dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej wszystkich lekarzy zgłoszonych do udzielania świadczeń (jeżeli dotyczy);
4. kserokopie dyplomów dotyczących uzyskania tytułów naukowych wszystkich lekarzy zgłoszonych do udzielania świadczeń (jeżeli dotyczy);
5. kserokopie prawa wykonywania zawodu wszystkich lekarzy zgłoszonych do udzielania świadczeń;

6. kopie wpisów do odpowiednich rejestrów dla NZOZ, kopie statutu, określenie warunków lokalowych, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, środki transportu, łączności,
7. polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
8. kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego) jeżeli dotyczy;
9. zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku dla wszystkich lekarzy zgłoszonych do udzielania świadczeń lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
10. udokumentowany staż pracy.

**Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopia tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.**

**Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.**

.....  
podpis Oferenta

#### **KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku, zwanego dalej „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.
2. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych lub jego zastępcy: e-mail: [iod@jurasza.pl](mailto:iod@jurasza.pl)
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustawą o działalności leczniczej oraz ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, b, c RODO.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
6. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazywać będą przechowywanie danych osobowych.
7. W przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO, ma Pani/ Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

.....  
Data i czytelny podpis Oferenta